



Formularz oceny medycznej w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)

Prosimy o podanie informacji z okresu ostatnich dwóch tygodni.

Imię i nazwisko/lub kod nadany wewnętrznie przez klub		
Data badania		
Temperatura	°C	
Objawy występujące w ciągu ostatnich dni	TAK	NIE
Kaszel (nowy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duszność (nowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobył w obszarze wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliski kontakt z osobą chorującą na zapalenie płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliski kontakt z osobą chorującą na Covid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wymioty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bóle mięśni,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapalenie spojówek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia węchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia smaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wysypka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siniaki i purpurowe zmiany na stopach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne dolegliwości, proszę wymienić		

Należy zaznaczyć odpowiednio TAK lub NIE